

EJE 4: Balances y perspectivas sobre las políticas públicas en la región. Sus impactos en la desigualdad, la construcción de derechos y la constitución de sujetos

**Abordaje del consumo problemático de sustancias psicoactivas en Río Negro –  
Repensando su inscripción dentro del Programa de Salud Mental Comunitaria y sus  
tensiones.**

APELLIDO Y NOMBRE: Lihuen Ailiñ Gallo

E-mail: [lihuenag@gmail.com](mailto:lihuenag@gmail.com)

PERTENENCIA INSTITUCIONAL: Coordinación de Salud Mental -Ministerio de Salud de Río Negro

PALABRAS CLAVES: consumo de SPA – salud mental comunitaria - territorio

Resumen ampliado

El presente trabajo se propone realizar una aproximación al abordaje que se realiza desde las instituciones de salud al consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) en la ciudad de Viedma, Río Negro. Nos interesa aportar al debate existente sobre la problemática, tratando de recuperar la experiencia acumulada en el Modelo de Salud Mental Comunitaria adoptado por esta provincia a partir de la Sanción de la Ley Provincial 2440, 1991, conocida también con el neologismo de *Desmanicomialización*.

Del mismo modo, se busca pensar los movimientos de que genera la, ya no tan nueva, Ley Nacional de Salud Mental N°26657, que en su artículo 4 establece: *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”*.

Ambos marcos legales vienen a legitimar prácticas ya instituidas en el territorio provincial, pero sobre todo se plantean como una herramienta desde lo político para el debate sobre la política pública definida en materia de salud mental y adicciones.

Finalmente, se tratará de esbozar algunas líneas acerca del lugar que la disciplina del Trabajo Social tiene en las políticas públicas de abordaje de la salud mental en general y en particular del consumo problemático de SPA en Río Negro.

Formas de abordaje del consumo problemático: abstencionismo y reducción de daños

El consumo problemático de sustancias psicoactivas es sin duda una problemática social compleja, ya que se presenta a sí misma como un síntoma de distintas expresiones de la cuestión social. Condensa en sí mismo un sinnúmero de padecimientos subjetivos, así como encontrarse inscripto en una lógica cultural hegemónica del consumismo.

En forma predominante, la atención por uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (SPA) se ha situado en el campo de la salud o en el campo de lo jurídico, prohibiéndose la producción, comercialización y consumo. La abstinencia fue entonces el modelo que adoptaron los enfoques prohibicionista. Una alianza clara entre el campo de la cura y el punitivo. Estos enfoques, adhiriendo con lo planteado por Galante y otras (2009) ha presentado grandes limitaciones para atender la problemática del consumo, no logrando disminuir su prevalencia y por el contrario contribuyendo a la construcción de representaciones sociales negativas sobre los usuarios de drogas, que inciden en los procesos de exclusión social.

Vázquez y Stolkiner explicarán parte de esto desde una barrera de accesibilidad como lo es el estigma a los que son sometidos los consumidores de SPA.. La estigmatización produce grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negárseles el cumplimiento de derechos tales como el derecho a la salud. La relevancia de estudiar los procesos de estigmatización, se basa en la necesidad de identificar componentes que disminuyan la exclusión desde una lógica de protección social en salud (OPS/OMS, 2005, p.2)". (Vázquez; Stolkiner 2009 )

Es necesario aclarar que el enfoque abstencionista no es igual a un enfoque desde la peligrosidad del consumidor. Sin embargo, ambas posturas han operado durante años en un mismo discurso jurídico – sanitario.

La reducción de daños surge como una forma de atención alternativa que propone la disminución de la gravedad de los problemas que se asocian al consumo de SPA. Como señalan Galante, y otras (2009) existen una variedad de programas de reducción de daños, a pesar de ello la mayoría hizo hincapié en la atención de los aspectos sanitarios del consumo. Se relega el logro de la abstinencia como principal objetivo de su acción y propone objetivos intermedios, alcanzables a corto y mediano plazo, generando una serie de acciones que finalmente modifique la conducta las personas que usaban SPA. Entre estas acciones se encuentra la promoción de derechos, la organización comunitaria, el trabajo sobre las representaciones sociales negativas sobre los consumidores de SPA.

Según primeras aproximaciones del Sedronar a nivel nacional únicamente el 24% de los consumidores problemáticos accede a tratamiento y únicamente un 2% de los consumidores de SPA terminan un tratamiento. (Sedronar 2011)

Río Negro no escapa a esta realidad. La falta de adherencia y la posterior judicialización de los tratamientos es una realidad destacada por los trabajadores de los dispositivos que atienden esta problemática.

Si bien la Ley Provincial 2440 (Legislatura de la Provincia de Río Negro, 1991) no menciona específicamente el consumo de sustancias, si pone énfasis en la promoción comunitaria planteando: *"la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último*

*de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden". Otro de los fundamentos principales de la ley postula: "queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente Ley"*

En este marco, se encuentran los GIA (Grupos Interinstitucionales de Alcoholismo, que luego se reemplaza por Adicciones). Algunos de estos grupos testimoniales antecedían la Ley 2440 en algunas localidades, y siguen vigentes en gran parte de la provincia, dependiendo de los servicios de Salud Mental de cada Hospital. Allí se comparten vivencias personales, conflictos, historias de sus integrantes, la identificación, la comprensión y la solidaridad son los pilares principales sobre los que se fundamenta la acción de este grupo. Están coordinados en su mayoría por operadores de salud mental o alcohólicos recuperados y se propicia la participación de la familia a los fines de recuperar los vínculos de confianza y afectos que se han perdido.

La complejidad que presentaron los cuadros de consumo problemático de sustancias en la provincia luego de las crisis económicas y sociales de mediados de los 90, se caracteriza no sólo por la expansión del consumo problemático en edad de iniciación y el policonsumo de sustancias psicoactivas, sino también por la ruptura del lazo social. Las redes vinculares y familiares se deterioraron, siendo justamente las mismas la materia prima donde operan los grupos GIA.

En el año 2010 se redacta el "Plan Provincial de prevención y asistencia a las personas con problemas de adicción" que surge de la necesidad de integrar en forma coordinada los diferentes abordajes institucionales de la problemática de las Adicciones. Se plantea como una instancia superadora de las estrategias parcializadas que se brindan por parte de los distintos organismos que tienen bajo su órbita la responsabilidad de abordar esta problemática encontrando formas efectivas de resolución. (Plan Provincial de Adicciones 2010-2016)

El modelo conceptual y operativo en el que se inscribe este Plan es el Modelo de Reducción del Daño. Este plantea reducir los daños bio-psico-sociales, asociados a las adicciones /problemáticas sociales complejas. Esto implica dejar de lado la abstinencia como única meta terapéutica y ofrecer una amplia gama de servicios y de alternativas. Se incluyen entre estos los llamados "recursos de baja exigencia", que son aquellos que están directamente en contacto con la comunidad. Es así que se procura que los Servicios de Salud Mental sean accesibles a los usuarios, tanto en relación a la localización, como a la flexibilidad de horarios y la difusión en los lugares de reunión de usuarios y a través de sus redes de interacción habituales. (Plan Provincial de Adicciones 2010 -2016).

La estructura en la que se apoya este Plan es la Red de Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales. Esto implica los 30 Servicios de Salud Mental, Centros de Atención Primaria de la Salud y dispositivos intermedios en las localidades de mayor cantidad de habitantes.

Entendemos que, si bien, el plan en su implementación ha tenido una variedad de dificultades y

obstáculos, su principal fortaleza se encuentra en la experiencia acumulada en el abordaje de la salud mental comunitaria y en su objetivo de abordaje territorial.

### Salud Mental Comunitaria y Territorio

El centro de las prácticas en un enfoque comunitario de la salud mental es el contexto mismo y será la agenda de ese territorio la que se construya con sus actores, la que indicará cuál es la puerta de entrada a esa complejidad y al proceso de intervención mismo. Podrá ser la atención al sujeto que padece; la red barrial que discute qué hacer frente a situaciones sociales complejas, o aquella que plantea las acciones para mejorar las condiciones del hábitat en que se vive, o el debate por el sistema social que genera esas condiciones.

De esto se desprende la necesidad de comprender al territorio comunitario “el barrio” como el escenario privilegiado para la intervención. Es sabido que en estas últimas tres décadas el territorio se ha convertido en un nodo privilegiado de producción identitaria e inscripción social (Merckel, 2005). Desde la salud mental comunitaria, es en la reinscripción social y subjetiva donde trabajamos para aliviar el sufrimiento.

En los últimos años hay un interés explícito desde la política pública de intervenir en la dimensión territorial. Esto también puede explicarse por el surgimiento de las problemáticas sociales complejas. Los límites institucionales necesariamente se desdibujan. Los problemas “entran” a las instituciones, y las instituciones se ven inmersas del territorio. Llamamos problemáticas sociales complejas a aquellas que surgen en la contemporaneidad como producto de los procesos de fragmentación social y ruptura del lazo social (Carballeda, 2008). En un mundo cada vez más especializado, donde lo social pretende construir su propia especificidad, las problemáticas sociales complejas irrumpen e interpelan esta fragmentación e especialización del saber. Su comprensión y sentido es imposible de aprehender desde una lógica disciplinar y su resolución no se encuentra ya en las instituciones tradicionales. Son inespecíficas, dinámicas y se encuentran en permanente metamorfosis.

En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. La interdisciplinariedad es un posicionamiento que se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. (Stolkiner, 2005)

Por último, en lo referido a la cuestión del saber y las incumbencias profesionales es necesario comprender que el territorio, cuestiona a los mismos constantemente. El territorio es un espacio indisciplinado. Las barreras disciplinares se desdibujan porque los problemas que se abordan en el espacio territorial son difíciles de etiquetar y de describir desde una única mirada de saber.

Entendemos que los más de 25 años de constitución de equipos interdisciplinarios en Salud Mental en la Provincia, también representan una experiencia acumulada, aunque no sin tensiones y debates. Las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente (Stolkiner, 1999). De allí que aparezca el

temor por la pérdida de identidad, de especificidad. Sin embargo, la interdisciplina se lleva a cabo desde la especificidad de cada disciplina, por lo que no se trata de renunciar a los respectivos campos de saber, sino de operar con lo específico de cada abordaje, incluyendo las diferencias.

En este trabajo abordaremos entonces como se presentan también estas tensiones en torno a la legitimidad y autonomía de la disciplina del Trabajo Social, en el marco de lo indisciplinado y complejo del abordaje del consumo problemático de SPA en el sistema de salud rionegrino.

## BIBLIOGRAFÍA

BUSTOS, G.(2000) *Alcoholismo hoy. El proceso de recuperación de la salud*. Editorial Dunken, Buenos

CARBALLEDA, A. (2008) *La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social* Revista Margen. N° 48. Edición Digital. 2008

EPELE, M. (2007) *La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud* en Cuadernos de Antropología Social, N° 25, Facultad de Filosofía y letras (UBA), Bueno aires

- (2010) *Sujetar por la Herida, una etnografía sobre drogas, pobreza y salud* Editorial Paidós.

Dirección Estadísticas de Salud - Ministerio de Salud - Prov. de Río Negro. Elaboración: Coordinación de Salud Mental - Ministerio de Salud - Gob. de Río Negro

GALANTE, A.; ROSSI, D; GOLTZMAN, P; PAWLOWICZ, M.P (200) *Reducción de Daños en el escenario social actual. Un cambio de perspectiva* en ESCENARIOS N° 14, Facultad de Trabajo Social (UNLP) La Plata.

GOLTZMAN, P.(2015) *Notas sobre el trabajo en drogas desde el territorio* Revista Voces en el Fenix, N°42. Editorial El socio oculto del capital. Buenos Aires. Marzo 2015 ISBN 1853-8819

Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social para las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. Provincia de Río Negro.

Ley Nacional 26657 de Salud Mental y Adicciones. Boletín Oficial Argentina, 2010

MERCKLEN, D.(2005) *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina, 1983-2003)*, 1ª ed Ed.Gorla, Buenos Aires

Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro. Coordinación de Salud Mental y Adicciones. "Plan Provincial de prevención y asistencia a las personas con problemas de adicción" 2010

PAWLOWICZ, M. P (2015). *Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas*. Revista Voces en el Fenix, N°42. Editorial El socio oculto del capital. Buenos Aires. Marzo 2015 ISBN 1853-8819

SCHIAPPA PIETRA J. (2008)*Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental*. Viedma: Fondo Editorial Rionegrino;

-2012. *Teoría Comunitaria y dispositivos de inclusión social* - Publifadecs, Gral Roca.

SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Luchar contra el Narcotráfico) (1999) "Estudio nacional sobre sustancias adictivas, Buenos Aires.

- (2011) *Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por Sedronar*. Area de Investigaciones Observatorio Argentino de Drogas, Buenos Aires.

STOLKINER, A. (2005)*Interdisciplina y Salud Mental* Trabajo presentado en: IX Jornadas

Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología. —Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina Hoyll. 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones, Argentina.

- (2009) VÁZQUEZ, A. STOLKINER, A. *Procesos de estigma y exclusión en salud, articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia* Facultad de Psicología -UBA- Anuario de Investigaciones/Volumen XVI

TELLES, Vera,(1997) *Pobreza y ciudadanía: dos categorías antinómicas*. Ed.Mimeo.

TESTA, Mario. (1996) *Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud*. En: *Pensar en Salud*. Ed. Lugar. Buenos Aires. 1996.

TOUZE, G. y otros (1999) *Prevención del HIV-Sida en usuarios de Drogas. Resultado de un proyecto de investigación e intervención*. Intercambios Asociación Civil. Buenos Aires 1999